

Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems im vertragsärztlichen Bereich

„Qualitätsmanagement eröffnet neue Horizonte im Gesundheitswesen“, so tönt es spätestens seit der Gesundheitsstrukturreform 2000 und nicht zuletzt durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz. Der gesetzliche Auftrag lässt nicht an Deutlichkeit zu wünschen übrig und wird durch die aktuellen Entwicklungen sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich noch verschärft. Die Forderungen reichen von der Einführung eines internen Qualitätsmanagementsystems, über die Dokumentation externer Qualitätssicherungsmaßnahmen bis hin zur Einhaltung von Mindestmengen und der transparenten Darlegung von Leistung im Rahmen des Qualitätsberichtes 2005. Die stationären Einrichtungen haben diesen Auftrag unterschiedlich, allerdings in der Vergangenheit unter dem verschärften gesetzgeberischen Druck auch mit verstärktem Engagement wahrgenommen. Und nun ist auch der niedergelassene Bereich explizit aufgefordert, ein internes Qualitätsmanagementsystem aufzubauen und weiter zu entwickeln. Während diesbezüglich Beratungsunternehmen eine sehr genaue Vorstellung darüber haben, wie dieses Qualitätsmanagementsystem in der niedergelassenen Praxis aussehen soll und ihre Dienste feilbieten, hat der Gesetzgeber keine konkreten Vorgaben getroffen, erst recht nicht im Hinblick auf die Notwendigkeit einer Zertifizierung.

Es waren die Mitglieder des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie, die im Rahmen ihrer Ausschussarbeit zu verschiedenen qualitätsrelevanten Themen die dringende Notwendigkeit einer unabhängigen, professionellen und verständlichen Information für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im Freistaat Sachsen erkannt haben. Damit war die Informationsveranstaltung am 17. September 2004 zum Thema „Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems im vertragsärztlichen Bereich – zwischen Anforderung und Umsetzung“ die erste dieser Art in der Sächsischen Landesärztekammer, um speziell dieser Zielgruppe Grundlagen für eine fundierte Entscheidung für die eigene Praxis zu vermitteln. Zusammenfassend wurden folgende wesentlichen Inhalte vermittelt und zur Diskussion gestellt:

■ Ein treibender Faktor für die Auseinandersetzung mit dem Thema Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement ist die Forderung des

Gesetzgebers, der in § 135a SGB V des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes nun auch die Vertragsärzte zur Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems verpflichtet. Auch wenn der Gemeinsame Bundesausschuss bereits eine Vereinbarung über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Krankenhäuser verabschiedet hat, ist auch dieser nicht zu entnehmen, dass dieses an eine Zertifizierung gekoppelt sein muss. Es besteht damit ausdrücklich auch für den niedergelassenen Bereich kein Zwang, sich einem Zertifizierungsverfahren zu unterwerfen! „Wohlgemeinte“ diesbezügliche Empfehlungen sind in Zeiten, in denen mit dem Thema Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement leider auch ein Markt mit den damit verbundenen finanziellen Interessen entsteht oder bereits besteht, einfach ausgedrückt unseriös. Damit ist die Entscheidung eines Praxisinhabers für eine Zertifizierung eine freiwillige!

■ Bleibt die wesentliche Frage zu klären, warum Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgefordert sind, ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen und weiter zu entwickeln. Würde etwa bisher keine Qualität geleistet? Solche Vermutungen können dann leicht entstehen, wenn aktuell von einer „Qualitäts-offensive im Gesundheitswesen“ gesprochen wird mit dem Ziel, offenbar diesbezügliche Versäumnisse nun mit einer gewissen Kraftanstrengung nachzuholen und per Gesetz einzufordern. Dies hat nun aber gar nichts mit dem tatsächlichen Bemühen um Qualität zu tun, es gefährdet vielmehr die Anstrengungen derjenigen Kolleginnen und Kollegen, die aus innerer Überzeugung letztlich im Dienst und zum Wohl des Patienten erbracht werden mit Blick auf die Zufriedenheit der eigenen Mitarbeiter.

■ Damit bietet die Auseinandersetzung mit dem Thema Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement die Chance, durch eine systematische Analyse der eigenen Prozesse diese kritisch zu reflektieren oder anders ausgedrückt, die eigene Sollvorgabe anhand des Ist-Zustandes auf den Prüfstand zu stellen. Dabei sollte sich das Bemühen um Struktur- und Prozessqualität stets an der Verbesserung der Ergebnisqualität orientieren. Qualitätsmanagement und die damit verbundenen Instrumente und Methoden sind damit keine neue Erfindung

des Gesetzgebers oder gar der Selbstverwaltungspartner und sie werden auch nicht um deren Willen betrieben. Der Anreiz sollte vielmehr ein ganz persönlicher sein, in dem durch die Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems der Praxisinhaber mit seinen Patienten und Mitarbeitern davon profitieren. Im zunehmenden Wettbewerb der Gesundheitseinrichtungen bietet ein Zertifikat zusätzlich ein nützliches Marketinginstrument – mehr aber auch nicht!

■ Es existieren verschiedene Wege, ein Qualitätsmanagementsystem in einer Praxis einzuführen und weiter zu entwickeln. Hilfreiche Instrumente zur Strukturierung und konkreten Durchführung sind folgende, in Deutschland etablierte Verfahren:

- EFQM – European Foundation for Quality Management www.efqm.com
- DIN EN ISO 9001:2000
- KTQ – Kooperation und Qualität im Gesundheitswesen www.ktq.de
- QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen www.kbv.de (Suchwort „QEP“)

Die beiden letztgenannten Verfahren sind speziell für den niedergelassenen Bereich, das heißt spezifisch auf die Bedürfnisse und Abläufe in Praxen entwickelt worden und wurden im Rahmen der Informationsveranstaltung am 17. September 2004 vorgestellt; die Präsentationen können auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer (Ausschuss Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie) eingesehen werden. Wesentliche Kerninhalte sind:

- KTQ wurde als ein Verfahren aus der Praxis für die Praxis entwickelt. Es lebt vom Dialog mit den niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten, wie mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den Visitoren. Letztere überprüfen das Qualitätsmanagementsystem der jeweiligen Praxis durch eine Begehung vor Ort, bei der die Patientenorientierung im Mittelpunkt steht. Grundlage der Bewertung bildet ein Katalog von Fragen, der von den Mitarbeitern der Praxis im Rahmen einer Selbstbewertung abgearbeitet wird. Das Verfahren hat schon eine Pretest- und Pilotphase durchlaufen und gezeigt, dass die größten Verbesserungspotentiale in den Bereichen

Sicherheit und Qualitätsmanagement liegen. Das Grundkonzept von KTQ verzichtet bewusst auf die Erstellung eines Handbuches, da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Praxen nach individuellen, den Besonderheiten der jeweiligen Praxis entsprechenden Lösungen suchen sollen. Auf vorgefertigte Standards oder Vorlagen wurde bewusst verzichtet. Fest steht bereits jetzt, dass eine Visitation, abhängig von der Praxisgröße, zwischen vier und acht Stunden in Anspruch nimmt und dass Praxen mit bis zu fünf Ärzten von einem Visitor, Arzt/Ärztin oder Arzthelferin, begangen werden. Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften und ambulante Einrichtungen werden von einem Visitorteam, Arzt/Ärztin und einer Arzthelferin besucht. Eine Praxis erhält das Zertifikat, wenn in der Kategorie 1 Patientenorientierung mindestens 55% der möglichen Gesamtpunktzahl dieser Kategorie erreicht wird. Zusätzlich müssen 55% der möglichen Gesamtpunktzahl aller Kategorien erreicht werden. Eine weitere Voraussetzung für eine Zertifikatsvergabe ist die Erstellung und Veröffentlichung eines Qualitätsberichtes für die Öffentlichkeit. Dieser soll ein individuelles Praxisprofil beschreiben, das für Patienten, Ärzte und Psychotherapeuten und ganz allgemein für eine interessierte Öffentlichkeit relevant ist und möglicherweise Entscheidungsgrundlagen liefert. Damit wird der Qualitätsbericht zu einem Marketinginstrument für die Praxis. Die Gültigkeit des Zertifikates beträgt 3 Jahre, danach ist eine Rezertifizierung fällig. Das Verfahren startet mit dem 4. Quartal 2004 in die Routinephase, eine erste Informationsveranstaltung hat bereits stattgefunden, weitere – geplant auch in Dresden – werden folgen.

- QEP ist das gemeinsame Qualitätsmanagementsystem von Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Es ist spezifisch auf die Bedürfnisse und Abläufe in Praxen ausgerichtet und befindet sich derzeit noch in der Pilotphase. So erproben 60 Praxen nahezu aller Fachrichtungen und Größen in ganz Deutschland das System hinsichtlich Verständlichkeit, Umsetzbarkeit, Qualitätsrelevanz und insbesondere hinsichtlich des Nutzens für Praxen. Begleitend

erfolgt eine wissenschaftliche Evaluation durch das Institut von Herrn Prof. Dr. Selbmann in Tübingen. Das System ist indikatorenbasiert und im Gegensatz zu KTQ handbuchgestützt. Kernstück bildet ein Qualitätszielkatalog, der in erster Linie der Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagement in Praxen dient und erst in weiteren Schritten – und dies auch nur optional – für eine Selbst- oder Fremdbewertung (Zertifizierung) genutzt werden kann. Das Konzept von QEP setzt sich aus folgenden Bausteinen zusammen:

- Qualitätszielkatalog
- Musterhandbuch (Mustervorlagen, Leitfäden, Hotline)
- Bewertungskatalog
- Schulungscurricula

Nach Bewertung der Pilotphase soll QEP ab Januar 2005 flächendeckend angeboten und ab Mitte 2005 externe Fremdbewertungen zum Zweck der Zertifizierung durchgeführt werden.

Die abschließende Diskussion der insgesamt 50 Teilnehmer der gelungenen ersten Informationsveranstaltung für niedergelassene Ärzte am 17. September 2004 in der Sächsi-

schen Landesärztekammer zeigte eine breite Palette unterschiedlicher Meinungen, angefangen von der Erkenntnis des Nutzens eines Qualitätsmanagementsystems in der eigenen Praxis bis hin zur kritischen Frage nach dem Aufwand und den damit verbundenen Kosten. Auf jeden Fall wurde das Interesse an weiterführenden Veranstaltungen ausgesprochen, die es den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen erleichtert, eine fundierte Entscheidung zu treffen und ggf. in einen Erfahrungsaustausch miteinander zu treten. Damit haben die Mitglieder des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie ihr Ziel der verständlichen und professionellen Information erreicht mit der Möglichkeit des Dialogs miteinander. Deshalb wurde im Nachgang der Veranstaltung entschieden, im Jahresplan 2005 des Ausschusses derartige Podien der Information und des Erfahrungsaustausches mit einzuplanen und dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer als wichtige Dienstleistung zur Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen vorzuschlagen.

Dr. med. Maria Eberlein-Gonska
Vorsitzende des „Ausschusses
Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“
maria.eberlein-gonska@uniklinikum-dresden.de